

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1922

THÈSE

1922

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

PIERRE BONNAFOUS

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 19 Août 1893, à SALINDRES (Gard)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

ÉTATS HALLUCINATOIRES

AVEC DÉLIRE MINIMUM

Président : M. HENRI CLAUDE, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE HERVÉ & MAIGNAN

86, BOULEVARD DE LA VILLETTE

—
1922

192

THÈSE .

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

195

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1922

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

PIERRE BONNAFOUS

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 19 Août 1893, à SALINDRES (Gard)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

ÉTATS HALLUCINATOIRES

AVEC DÉLIRE MINIMUM

Président : M. HENRI CLAUDE, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE HERVÉ & MAIGNAN

86, BOULEVARD DE LA VILLETTE

—
1922



Faculté de Médecine de Paris

DOYEN

PROFESSEURS

Anatomie	M. ROGER.
Anatomie médico-chirurgicale	MM.
Physiologie	NICOLAS.
Physique médicale	CUNEO.
Chimie organique et Chimie générale	CH. RICHET.
Bactériologie	ANDRÉ BROCA.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	DESGREZ.
Pathologie et Thérapeutique générale	BEZANCON.
Pathologie médicale	BRUMPT.
Pathologie chirurgicale	MARCEL LABBE.
Anatomie pathologique	RÉNON.
Histologie	LECÈNE.
Pharmacologie et matière médicale	LETULLE.
Thérapeutique	PRENANT.
Hygiène	POUCHET.
Médecine légale	CARNOT.
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie	LÉON BERNARD.
Pathologie expérimentale et comparée	BALTHAZARD.
	MENETRIER.
	ROGER.
	ACHARD.
Clinique médicale	WIDAL.
	GILBERT.
	CHAUFFARD.
Hygiène et Clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des Maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des Maladies mentales et des Maladies de l'encéphale	HENRI CLAUDE.
Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des Maladies du système nerveux	PIERRE MARIE.
Clinique des Maladies contagieuses	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale	LEJARS.
	HARTMANN
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des Maladies des voies urinaires	LEGUEU.
	BAR.
Clinique d'accouchement	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
Clinique gynécologique	J. L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	AUGUSTE BROCA.
Clinique thérapeutique	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGEANT.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI.	CLERC.	GUILLEMINOT.	ÈREBOULLT.	REITTERER.
ALGLAVE.	DEBRÉ.	HEITZ-BOYER.	LÉRI.	RIBIERRE.
BASSET.	DESMARET.	JOYEUX.	LÉVY-SOLAL.	RICHAUD.
BAUDOIN.	DUVOIR.	LABBE (HENRI).	MATHIEU.	ROUSSY.
BLANCHETIÈRE.	FISSINGER.	LAIGNEL-LAVASTINE.	METZGER.	ROUVIÈRE.
BRANCA.	GARNIER.	LANGLOIS.	MOCQUOT.	SCHWARTZ.
CAMUS.	GOUGEROT.	LARDENNOIS.	MULON.	TANON.
CHAMPY.	GRÉGOIRE.	LE LORIER.	OKINCZYC.	TERRIEN.
CHEVASSU.	GUENIOT.	LEMIERRE.	PHILIBERT.	TIFFENEAU.
CHIRAY.	GUILLAIN.	LEQUEUX.	RATHERY.	VILLARET.

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR HENRI CLAUDE
PROFESSEUR DE CLINIQUE DES MALADIES MENTALES
ET DES MALADIES DE L'ENCÉPHALE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
MÉDECIN DES HOPITAUX
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*En le remerciant du grand honneur
qu'il nous fait en acceptant la
Présidence de notre thèse.*



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A la Mémoire de mon Père
le Docteur BONNAFOUS
mort victime du devoir professionnel

A ma mère, mon frère, ma fiancée

*Je leur demande la permission de les mettre en
parallèle, car c'est à leurs efforts joints
que je dois mon bonheur.*

A Madame Maignan, à mon " éditeur "
et futur beau-père

*En témoignage de reconnaissance
et de respectueuse affection.*

MEIS ET AMICIS

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

Monsieur le Professeur DUPRÉ
In Memoriam

Monsieur le Professeur GILBERT

Monsieur le Docteur AUVRAY

Monsieur le Docteur LEREBoullet

Monsieur le Docteur COURCOUX

Monsieur le Docteur TIXIER

Monsieur le Docteur VALLERY-RADOT-PASTEUR

Monsieur le Docteur LEMAITRE

Monsieur le Docteur MACÉ

A MONSIEUR LE DOCTEUR GAPIN
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Dont nous n'oublierons jamais la bienveillance
à notre égard.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR CODET

*Dont les observations nous ont été
d'un si précieux concours.*

Le symptôme Hallucination auditive est connu et a été envisagé de longue date, tant dans son mécanisme de production, et nous ne l'envisagerons dans ce travail, que dans ses rapports avec les différents syndrômes mentaux. Nous ne voulons ici le considérer qu'en fonction de troubles délirants limités, lorsqu'il présente en lui-même une certaine persistance. C'est dire que nous éliminerons d'emblée les faits d'onirisme et de confusion hallucinatoire au cours de tous les états passagers toxiques ou infectieux.

Les cas sont très fréquents où l'hallucination auditive durable s'accompagne d'idées délirantes à longue évolution; elle représente alors, sinon le substratum, du moins un élément essentiel du délire connu et étudié depuis la description de Lasègue. La « folie de persécution » du type Lasègue-Falret réalise un type nosographique net pour lequel on connaît une riche synonymie. Sans que l'on y puisse toujours retrouver le type évolutif rigoureux, imposé en quelque sorte par Magnan à son « délire chronique », un fait existe, constant, c'est la présence d'hallucinations en rapport avec un thème délirant, généralement de persécutions, ordinairement stable, auquel de nombreuses interprétations orientées dans le même sens fournissent un appoint toujours renouvelé. Il en résulte la formation d'un *système délirant* dont le persécuté halluciné se trouve être le centre.

Depuis longtemps, à ces hallucinations dont l'intéressé méconnaît l'origine subjective, qu'il incorpore à son délire en les attribuant à une cause extérieure, on a opposé les cas où le sujet a nettement conscience de la nature

pathologique des sons qui frappent son oreille, alors que logiquement il ne leur reconnaît aucune raison d'être dans le milieu qui l'entoure. Tantôt il s'agit de bruits élémentaires, divers (bruissements, sifflements, bourdonnements, etc...); ces bruits entotiques, liés à une affection uni ou bilatérale de l'oreille, à une sclérose de l'oreille moyenne prédominante à gauche le plus souvent d'après Régis, sont très fréquents en dehors de tout trouble psychique et sont en général reconnus immédiatement par l'intéressé comme liés à une perturbation de l'appareil sensoriel. On peut en rapprocher les acouphènes, comparables pour le sens de l'ouïe à ce que sont les phosphènes pour la vue.

Tantôt les bruits sont davantage différenciés; ils prennent tous les caractères de l'hallucination auditive dont ils ont la netteté, avec les caractères de spontanéité, d'incoercibilité et d'extériorité. Ils peuvent revêtir les différents types d'hallucination auditive : élémentaire, différenciée commune, ou verbale. Même dans ce dernier cas, soit par une notion immédiate d'impossibilité, soit après vérification matérielle, soit par un raisonnement logique, l'halluciné se rend compte de leur origine subjective et ne les interprète aucunement comme des phénomènes étrangers. Ces hallucinations « rectifiées », « reconnues » ou « conscientes » sont connues depuis longtemps. Par exemple Brierre de Boismont (1) en donne des exemples, dont son observation I est un type fort net; à son sujet il conclut ainsi : « Cet homme reconnaissait la nature de l'hallucination, c'était un jeu de son cerveau auquel il ne se laissait pas prendre ».

Ce phénomène n'est pas exceptionnel, son diagnostic est généralement facile. A ce propos, par exemple, Ségla

(1) Des Hallucinations, p. 30.

établissant une première distinction entre les hallucinations conscientes et inconscientes ajoute : « Les mots s'expliquent d'eux-mêmes ». Les malades qui en sont atteints viennent spontanément consulter le médecin, demandant à être débarrassés d'un symptôme gênant. Néanmoins nous verrons plus loin qu'il peut y avoir, dans certains cas, une conscience relative de l'origine pathologique des hallucinations associée à des idées délirantes peu ou pas discutées.

D'autre part, il est assez rare qu'un halluciné après une période assez longue de croyance à l'origine extérieure de ses troubles psycho-sensoriels en vienne, lorsqu'ils ont disparu, à les rectifier et à en reconnaître la nature. Tarrius, dans sa thèse, cite une observation typique (p. 56) de ce genre.

Depuis quelques années on a observé et isolé des faits cliniques où, avec des modes de début différents, il persiste des hallucinations, souvent diverses et variables, affectant plusieurs sens, mais n'entraînant la formation d'aucun système délirant. Rappelons à ce propos, pour la précision des termes, que l'on a contesté la désignation d'hallucination sans délire. En effet, ici, les troubles psycho-sensoriels sont considérés par le malade comme résultant d'une action extérieure à eux. L'automatisme mental qu'elle manifeste n'est pas conscient. Dès l'instant où cette croyance à l'objectivité existe, il y a une interprétation : « L'hallucination en elle-même peut être considérée comme un véritable délire » (1). Ce qui caractérise donc ces états c'est que l'essai d'explication logique en apparence, mais erronée, s'en tient là : il ne se forme aucune nouvelle idée délirante.

(1) Annales Médico-Psychologiques 1909, première partie. Séglas, dans la discussion des cas présentés par Cotard.

C'est ainsi qu'un cas de cet ordre a été rapporté par Ségas (Leçons Cliniques, p. 451) sous le nom de *Délire Hallucinatoire*, ne durant pas plus de deux mois. Par la suite on en a observé quelques cas : Cotard a présenté deux malades sous le titre de « Psychose Hallucinatoire », dont l'un durant depuis douze ans. Signalons également les cas de Crinon (Société Clinique de Médecine Mentale — Avril 1909), de Buvat (Société de Psychiâtrie, juin 1911).

En présentant un cas de ce genre, sur lequel nous reviendrons plus bas, Dupré (Société de Psychiâtrie, février 1911) proposa de reprendre le terme l'« *hallucinoïse* », employé antérieurement par Wernicke dans un sens un peu différent, et c'est ce nom qui, depuis, est utilisé.

Chez ces malades le syndrome ainsi isolé persiste et se maintient tel, sans évoluer, ordinairement. Rappelons le cas observé par Cotard dans le service de Ségas à Bicêtre, et qui durait depuis douze ans.

Dans certains cas l'hallucinoïse n'est qu'un mode de début, exceptionnel, d'un délire systématisé de persécution apparaissant ultérieurement. C'est ce qui se produisit pour la malade présentée par Dupré et Gelma à la Société de Psychiâtrie et revue puis présentée de nouveau par Boudon et Pierre Kahn (Soc. de Psych. novembre 1911). A ce moment elle avait constitué un délire en voie de systématisation, avait créé des néologismes et envisageait diverses réactions vis-à-vis de ses persécuteurs. Dupré et Collin avaient eux-mêmes présenté, en juin 1911, une autre observation de « Psychose Hallucinatoire Chronique à début purement sensoriel ». Tandis que, dans ce dernier cas, le stade purement hallucinatoire n'avait duré que deux mois, il avait été de deux ans dans l'autre.

Dans les cas où l'hallucinosc restait pure, un fait important était à observer, sur lequel Ségla, à diverses reprises, a insisté, c'est l'absence du caractère, du tempérament paranoïaque. Ces malades n'en ont pas l'inquiétude la vanité, la susceptibilité, la tendance interprétative.

Au cours de la discussion relative au cas de Buvat, Ségla conclut : « Les malades de ce genre se distinguent donc des hallucinés conscients qui, eux, se rendent compte du caractère subjectif de leurs hallucinations. Ils se distinguent aussi par la pauvreté ou même l'absence de tentative d'interprétation systématique, des délirants systématiques hallucinés. Cependant, les caractères, le contenu, l'évolution de leurs hallucinations semblent plutôt les rapprocher de ces derniers, auxquels ils sont vraisemblablement reliés par une série de cas intermédiaires. »

C'est à ce propos que nous croyons pouvoir rattacher aux cas intermédiaires ainsi prévus les deux observations de malades présentées par Alajouanine et Codet à la Société Clinique de Médecine Mentale.

Observation I.

Mme R., 68 ans, journaliste, de mise très correcte, avec une certaine recherche de coquetterie, malgré son âge, vient consulter à la Salpêtrière pour *hallucinations auditives diverses*.

Elle raconte son histoire avec une certaine complaisance.

Elle a eu une existence très active, était de caractère très vif.

Elle a été mariée en secondes noces à un homme de neuf ans plus jeune qu'elle, à qui elle a porté une affection extrêmement vive. Il est mort subitement il y a 21 ans, et son souvenir ne s'est jamais estompé.

Depuis 5 ou 6 ans des idées métaphysiques se précisent dans son esprit, concernant la reviviscence de son mari décédé, en la personne de son amant actuel; dans ses rapports, encore fré-

quents, elle n'éprouve de volupté qu'en pensant à son mari. Elle arrive à trouver une ressemblance entre les deux, sans croire à une véritable réincarnation.

Il y a un an elle a fréquenté des milieux spirites et, au cours d'une séance, a cru reconnaître la voix de son mari. Elle garde de ces fréquentations la croyance à la survivance de l'âme de son mari.

Le début des « hallucinations » date de fin novembre 1920, début brusque, sans affection aiguë. Nous apprenons, par l'interrogatoire de son entourage, qu'elle a alors traversé une période d'excitation de 5 à 6 semaines, ayant débuté un jour brusquement, à son retour chez elle : elle entend des voix, voix fantastiques, voix de Dieu, voix venant de l'Eden; elle discourt toute la nuit, tantôt toute nue, tantôt se couvrant d'un voile noir ; elle brise une statuette, une table, croyant détruire des persécuteurs.

A notre premier examen (le 7 mars) elle présente deux sortes d'hallucinations assez distinctes :

a) Des voix qui ont les caractères d'extériorité et de spontanéité des *hallucinations auditives verbales* : « Ces voix viennent du plafond; j'ai la conviction d'être seule à les entendre, mais quelqu'un d'autre pourrait les entendre ».

b) Les autres partent de sa poitrine, ne font pas de bruit.

Les premières disent des paroles hostiles ou moqueuses, ou simplement font des commentaires sur sa conduite.

Les secondes correspondent à la voix de son mari et expriment des pensées tendres et affectueuses : « Marguerite, je t'aime, je t'adore... »

« Quand on me dit des choses agréables, c'est mon mari ;
« quand on me dit des choses désagréables, ce sont des ennemis
« soit de moi, soit de mon mari. »

Elle ne croit à ce moment qu'à l'existence de la voix de son mari : « Je suis certaine qu'il est en moi ». Pour les autres, elle dit déjà : « Je me rends compte que c'est de la folie ».

Quelques jours après, au cours d'un panari très douloureux, la voix de son mari l'exhorte à résister à la douleur : « Si
« vous saviez comme c'est un grand réconfort pour moi » ;
elle obéit à une voix lui disant d'aller se confesser, bien qu'elle ne soit pas croyante; elle obéit également à une voix lui disant de mal recevoir son ami, d'être méchante avec lui.

Dans l'ensemble, en dehors des *hallucinations psychiques* voix de son mari, il existe dans ses hallucinations auditives verbales deux sortes de voix qu'elle schématise elle-même en *voix bienveillantes*, écho de ses intentions, l'encourageant, lui donnant des conseils, lui indiquant même son chemin dans Paris car elle a la vue très affaiblie; et des *voix malveillantes* ou *contraires*, lui ordonnant de faire des actes contraires à ses intentions, lui disant des injures et lui conseillant de dire des paroles déplacées, sans qu'elle y cède, et ait jamais eu d'hallucinations psycho-motrices.

A partir de ce moment, nous avons assisté, au cours des examens ultérieurs, au *resserrement* rapide de cette ébauche de délire. Elle ne croit plus aux hallucinations hostiles : « Je me rends compte que c'était de la folie » ; déjà, lors de sa première visite, elle venait trouver un médecin pour supprimer les voix intempestives, ne désirant pas supprimer les voix agréables de son mari.

A l'heure actuelle elle est dans une *troisième phase*, elle commence à douter de la réalité de toutes ses hallucinations, qu'elle interprète comme un épisode de folie. Quand on lui demande maintenant si elle croit à l'existence de la voix de son mari : « Non, elle n'existe pas réellement, je crois que c'est « seulement le souvenir de mon mari qui est toujours vivace » dans mon cœur. »

L'Examen physique montre l'existence d'un *Tabes fruste* : abolition des réflexes rotuliens et achilléens avec douleurs fulgurantes. Le signe d'Argyll Robertson en présente des gros troubles oculaires extrinsèques qu'elle présente : cataracte, taie de la cornée, est impossible à interpréter; on constate de l'inégalité pupillaire avec absence de réaction lumineuse, mais aussi accommodative.

Pas de tremblement, pas de dysarthrie, légers troubles de la mémoire, pas d'affaiblissement intellectuel.

La réaction de Bordet-Wassermann est très positive dans le sang.

La malade a eu, depuis deux mois, deux séries d'hectine.

Nous remarquons ici la formation d'une ébauche de délire comportant un système de deux groupes antagonistes : les hallucinations psychiques, sympathiques, les hallucinations auditives verbales, hostiles. Précisé-

l'absence de tendances paranoïaques chez la
la réduction de l'ébauche délirante.

ouvent rectifiées le plus vite
imagine pas que des ennemis puissent s'occuper
elle, les troubles psycho-sensoriels lui apparaissent
rapidement comme indésirables, en même temps que pa-
thologiques, et c'est surtout pour s'en débarrasser qu'elle
s'adresse à des médecins. La caractère bienveillant des
hallucinations psychiques leur permet d'être retenues
plus longtemps, mais en tous cas, d'elle-même, au bout de
quelques mois, la malade les critique et les réduit à leur
valeur. Pendant sa période de croyance, elle a ébauché
évidemment quelques idées délirantes; celles-ci sont en
rapport avec les tendances métaphysiques et imagina-
tives de tout son passé. Il semble que la période de début
soit à rapprocher des cas de délire hallucinatoire dé-
crits par Farnarier dans sa fixité, cette absence d'évo-
lution signalée par Dide et Gassiot (Soc. de Psychiâtrie,
novembre 1910) dans leur communication sur la psy-
chose hallucinatoire chronique.

En somme, après une phase aiguë sans cause déter-
minante appréciable, se sont élaborées quelques idées
délirantes dont le resserrement s'est opéré rapidement.
Il ne semble pas avoir existé ici de phase confusion-
nelle et les hallucinations, pas plus que les troubles
délirants, ne semblent pouvoir être rapprochés des
psychoses consécutives à un état onirique. D'autre part,
l'intégrité du fond mental jointe à l'absence de signes
physiques permettent selon toute vraisemblance d'éli-
miner l'hypothèse d'un délire transitoire au début ou
au cours d'une Paralyse Générale.

Observation II.

M. C... Félix, 40 ans, homme robuste, aux facies ouvert et sa-
tisfait, racontant volontiers son histoire, vient consulter à la
Salpêtrière pour hallucinations auditives.

Il s'agit d'un ancien éthylique : éthylisme avéré, avoué (il était chasseur dans un restaurant de nuit).

Les *hallucinations* ont débuté d'une façon *brusque*, à une date qu'il précise, le 24 juin 1913, dans les circonstances suivantes : la veille, revenant d'un voyage en Béarn, pour règlement d'affaires dans sa famille, ayant eu avec sa sœur une discussion qui l'a vivement ému, il s'arrête entre deux trains dans une petite ville voisine; il se lie avec des compatriotes, il est obligé de rester à déjeuner : temps très chaud, il boit beaucoup. Au départ, il est très vivement affecté qu'on lui ait retenu la monnaie de 100 francs, qu'on prétend, faussement, dit-il, lui avoir rendu, et encore plus, quelques instants après, de s'apercevoir que son portefeuille, contenant 300 francs, a disparu.

Il va à la gendarmerie porter plainte ; il n'y eut d'ailleurs aucune suite.

C'est le lendemain matin, se sentant très dispos après un bon sommeil, mais encore très affecté de sa mésaventure, que dans une salle d'auberge, au petit déjeuner, il entend que l'on se moque de lui en patois du pays et en le désignant nommément. Il s'étonne, regarde et vérifie qu'il n'y a personne pouvant lui parler ainsi.

Après une sédation de quelques heures, à Bordeaux, dans un tramway, il s'entend de nouveau interpellé et demande compte de ces insultes à un voyageur inconnu.

Depuis ce moment là, il a entendu sans cesse des voix s'exprimant sans cesse en patois béarnais, voix extérieures, paraissant venir de quelque distance, « comme des gens qui causent derrière une porte ».

Il reconnaît cinq timbres de voix différentes : trois hommes, et deux voix de femmes.

Pendant la guerre, étant auxiliaire, a demandé à aller au front pour vérifier si le bruit du canon ferait cesser les hallucinations, au moins avec un séjour prolongé.

Le contenu en est toujours identique. Au début elles ne proféraient que des remarques : « Ah ! il est joli, c'est un beau garçon que C... ».

Parfois quelques vagues menaces : « Nous te ferons sécher, nous avons des pouvoirs ».

Ces voix se manifestent avec plus d'intensité quand il y a du bruit, dans les tramways, dans le train; mais elles existent aussi dans le calme.

Elles disparaissent dès qu'il fait attention, et ainsi, il peut les faire cesser volontairement, s'il s'applique à quelque chose, ou quand il parle.

Il présente également de l'écho de la lecture; les voix qui, en dehors de ce fait, sont toujours extérieures, répètent alors exactement ce qu'il lit; pour se défendre, volontairement, il lit en articulant les mots. « Ça me distrait l'attention de lancer les « mots, même tout bas, et comme cela je n'entends plus rien ».

Aucune autre hallucination psychique ou psycho-motrice; pas d'écho de la pensée, pas de rêves.

Au début il a fait trois plaintes au commissaire « contre inconnu lui envoyant des voix ». Il a voulu se jeter à l'eau car il en était très importuné, n'en parlait pas à sa femme et a eu alors une phase de vive inquiétude.

Depuis deux ans, a rompu totalement avec ses habitudes d'alcoolisme. A changé de métier (tailleur).

Parallèlement les voix ne se sont pas modifiées quant à leurs caractères extérieurs: par contre les réactions qu'elles entraînaient ont cessé, il ne s'en affecte plus: « Nous sommes fichus...; « alors ça me fait rigoler...; je sais que je n'y puis rien, alors « je les laisse faire ».

Ces hallucinations s'accompagnent d'un minimum d'interprétations. Etant donné leurs circonstances d'apparition, le lendemain de sa mésaventure en Béarn, le fait qu'elles s'expriment en patois, il les attribue sinon aux gens de l'auberge, à des complices qu'il ne connaît pas.

Une des voix d'homme ayant cessé de se faire entendre pendant la guerre, il en conclut que celui-là a été tué ou est mort.

Il suppose que l'action de ces voix qu'il ne peut s'expliquer à cause de la distance, vient d'une « sorcellerie », peut-être d'herbe qu'on aurait mise dans sa boisson, le 24 juin 1913. « Dans le pays il paraît qu'il y en a beaucoup qui ont de ces « moyens-là ». « Cela se fait par suggestion », mais il ne s'explique pas comment; « Quelqu'un m'aurait dit ça avant, j'aurais dit qu'il était fou... Je n'arrive pas à comprendre ça ».

Il suppose également que ses ennemis savent tout ce qu'il fait, ce qu'il dit, même à distance, et en donne comme preuve l'écho de la lecture.

Il admet la possibilité de troubles de l'ouïe, vient pour cela consulter le médecin et admet qu'on peut le soulager en le délivrant de cet « hypnotisme ». « Il voudrait bien en être guéri ».

L'examen physique ne montre rien d'anormal. Les troubles d'intoxication éthylique qui existaient il y a quelques années, ont disparu. Un certain amaigrissement survenu également à cette époque a fait place depuis deux ans à l'embonpoint.

Ici nous trouvons au début une période onirique assez courte, probable, dont la seule séquelle est représentée par les hallucinations auditives nettes avec l'écho de la lecture. Ces phénomènes ont persisté pendant huit ans avec une fixité remarquable. Ils se sont accompagnés de réactions interprétatives réduites au minimum. Evidemment l'ensemble délirant a été plus développé que dans l'observation précédente, mais avec ce caractère commun de ne pas se développer. Dès le début C... a cherché à expliquer les troubles d'automatisme mental qu'il ressentait. Il a trouvé facilement dans les superstitions de son pays d'origine la clef de ces phénomènes ; son délire représente le moyen nécessaire et suffisant de satisfaire en lui le besoin inconscient de causalité. Il y a là une étape un peu plus avancée que celle où se trouvent les malades atteints d'hallucinoïse, à propos desquels Ségla écrit (*Leçons Cliniques*, p. 455) : « C'est l'hallucination qui constitue très manifestement le pivot, le fondement, des accidents délirants ; à proprement parler il n'y a même pas de délire, car on ne peut guère appliquer ce nom aux interrogations que se pose le malade à propos de ses hallucinations ». Dans le cas qui nous occupe, le malade a répondu une fois pour toutes à ces interrogations et ne cherche guère à vérifier ou à étendre la réponse qu'il leur fournit.

Il y a lieu cependant de remarquer dans ce second cas deux périodes distinctes : Au début, pendant six ans, on peut constater une grosse réaction affective vis-à-vis des hallucinations. Celles-ci sont inconscientes l'intéressé croit fermement à leur origine extérieure, il s'en

affecte vivement et réagit par des plaintes aux autorités et des idées de suicide. Mais à aucun instant il n'a cherché à savoir d'où venaient les manifestations hostiles dirigées contre lui, ni pourquoi on s'adressait ainsi à sa personne. Il n'a jamais tenté d'enrichir son ébauche délirante. Par la suite, débarrassé de son intoxication alcoolique chronique, il a conservé les mêmes troubles psycho-sensoriels, la même esquisse interprétative, mais a supporté le tout avec une indifférence à peu près complète, considérant qu'il s'agit là de quelque chose de désagréable pour laquelle il a du reste la conscience vague d'un état pathologique. Il est difficile de savoir s'il s'adresse au médecin naïvement, un peu comme à un sorcier capable de faire cesser un sortilège assez banal ou bien s'il lui demande de faire disparaître un état véritablement maléfique. Ce sont des malades de cet ordre qui, un peu plus cultivés, peuvent très bien consulter un spécialiste avec la notion de troubles subjectifs de l'audition. Il n'est donc pas inutile pour l'otologiste de connaître l'existence de tels syndromes.

Notons également dans cette observation le fait comparable à ceux qui s'observent dans les cas de paracousie, à savoir que les hallucinations sont plus nettement perçues quand le sujet se trouve dans un endroit bruyant.

D'une façon générale on peut considérer que la persistance d'hallucinations auditives pendant un temps assez long en dehors de tout élément toxi-infectieux reconnu ne s'accompagne pas forcément de la création d'un système délirant.

Ce fait peut évidemment s'observer au cours des divers états démentiels lorsque les associations d'idées sont devenues insuffisantes et ne permettent plus la construction du moindre système.

De même chez de grands débiles peut-on concevoir que la même indigence imaginative empêche le développement et l'organisation de réactions délirantes. A un degré moindre on peut assister à la formation de délires correspondant au type décrit sous le nom de délire polymorphe des dégénérés. Dans ce cas au contraire, les interprétations sont nombreuses et selon le degré de débilité on peut observer tous les intermédiaires entre le délire polymorphe peu cohérent, procédant par « bouffées », irrégulier dans son évolution et, d'autre part, les délires systématisés de persécution, de type hallucinatoire, ainsi que l'avait indiqué Dupré.

Nous avons vu, chez les deux malades cités que l'on ne pouvait invoquer ni la démence ni la débilité mentale pour justifier l'absence d'extension délirante. La première malade même, par son caractère imaginaire et ses habitudes antérieures de production littéraire avait en elle des ressources mentales suffisantes pour constituer un système délirant assez riche. Il nous semble donc que l'on doive surtout faire intervenir chez ces malades l'absence de toute tendance paranoïaque. Ils n'ont pas le caractère méfiant, vaniteux et susceptible du persécuté et ne cherchent pas inconsciemment à se poser en victimes. Ils subissent leurs hallucinations avec la croyance relative, discutée même, à une intervention étrangère hostile, mais n'en induisent pas pour cela qu'ils soient le centre de tout un système malveillant.

Rappelons que dans les deux cas cités s'observaient des tares organiques, dans le premier un tabes fruste paraissant fixé, dans le second une intoxication alcoolique chronique qui existait au début des troubles mais dont la disparition n'a guère influencé l'évolution des phénomènes psycho-sensoriels. Il serait difficile de préciser le rôle étiologique de ces manifestations et pour

cela il conviendrait, le cas échéant, de voir s'il se rencontre quelque chose d'analogue au cours de syndromes psychopathiques correspondant au même type, ou surtout à leur origine. Il paraît logique de chercher dans ce sens une explication plausible des troubles hallucinatoires, en rapport avec quelque lésion discrète du système sensoriel lui-même. Ce qui permettrait de les rapprocher des bruits subjectifs perçus comme tels ; les uns comme les autres étant susceptibles de provoquer, chez le malade, par le désagrément de leur persistance, une vive réaction affective.

Dans les deux ordres de faits, le bruit perçu, son élémentaire ou paroles articulées, peut prendre un caractère obsédant; il retentit sur l'émotivité, détermine des troubles de l'humeur, s'accompagne parfois d'idées à tendances hypocondriaques. Mais ces réactions essentiellement affectives, sont tout à fait différentes des systèmes délirants plus ou moins complexes basés sur des hallucinations. En effet, même s'il y a interprétation délirante relative à la nature, au mécanisme, à l'avenir de l'affection à détermination sensorielle, celle-ci est toujours jugée comme telle par l'intéressé; elle fait partie de son organisme et n'est pas rapportée à quelque influence extérieure agissant sur lui.

Pour les cas du même genre que ceux que nous avons étudiés ici, et ils ne paraissent pas très fréquents, diverses difficultés de diagnostic peuvent se présenter. Tout d'abord, bien entendu, il faudra comme toujours s'assurer de la réalité des hallucinations, et l'on sait combien certains faits peuvent donner lieu à erreur. Sans refaire ici le diagnostic des hallucinations auditives, nous rappellerons simplement cette phrase de Séglas : « Il ne faut jamais se hâter de conclure à l'existence d'une halluci-

nation. Si simple qu'il paraisse, le diagnostic n'est pas toujours facile et sa précision présente une réelle importance, aussi bien en clinique qu'en nosographie ».

Chez certains malades, comme celle de la première observation, la coexistence d'hallucinations auditives de deux types différents (psychiques et psycho-sensorielles) indiquée par elle-même spontanément, facilite beaucoup ce diagnostic.

Il faut d'autre part une grande prudence dans l'examen et l'interrogatoire de ces malades pour éviter par des questions trop précises d'orienter leurs réponses, soit en développant sinon en créant de toutes pièces un système délirant chez des malades, surtout des débiles, particulièrement suggestibles. C'est même à ce propos que certains auteurs ont pu reprocher à des interrogatoires trop systématiquement conduits par le médecin d'amplifier et de rendre plus cohérents certains délires. A l'opposé il y a lieu d'éviter qu'un malade, par timidité ou pour toute autre cause en vienne à dissimuler consciemment ou non une partie de ses idées délirantes. Tout au plus assez tardivement, après plusieurs examens, pourra-t-on pousser l'interrogatoire, volontairement tendancieux, dans un sens ou un autre, pour vérifier au besoin la croyance du malade dans son délire et surtout dans une intention psycho-thérapique. Du reste il ne semble pas, avec les malades que nous avons étudiés ici, que la suggestibilité non plus que la réticence soit à envisager.

Néanmoins, chez de tels malades, il faut encore se méfier de l'impression que l'on peut avoir, prématurément, lors d'un premier interrogatoire. Un examen rapide tendrait à faire croire que l'on est en présence de persécutés hallucinés et que la simplicité de leur délire exprimé tient à leur réticence et non pas à l'exiguité même de

leurs interprétations. C'est ainsi que, au cours de la discussion consécutive à la communication de Dide et Grasiot (*La Psychose Hallucinatoire Chronique*), Janet, parlant des cas d'hallucinoïse déclarait : « Dites, si vous voulez, que ces malades ne manifestent pas leur délire, mais ne dites pas qu'ils n'en ont aucun, car, à mon avis, cela est bien douteux. » Et cependant, pour surprenant que le fait puisse être, il paraît bien établi par divers observateurs. D'autre part, pour les uns comme pour les autres des hallucinés sans délire ou avec délire minime, il semble bien que leur caractère comporte aussi peu que possible de tendances à la réticence : ils consultent souvent spontanément le médecin, décrivent leurs hallucinations avec détails et, s'ils ont un délire, le racontent volontiers; par ailleurs on ne relève pas chez eux les traits de méfiance, de dissimulation si apparente chez la plupart des paranoïaques.

Il est certain que ce syndrome n'existe et ne présente quelque intérêt qu'après un certain temps d'évolution avec quelque fixité. Ainsi l'on pourra éliminer les états hallucinatoires toxiques ou infectieux aigus et subaigus; d'ailleurs dans ces cas, l'onirisme, la multiplicité des hallucinations réalise un tableau clinique assez différent de celui que nous envisageons présentement.

De même le délire polymorphe que l'on a décrit chez les dégénérés a des caractères qui l'en séparent également : l'instabilité des troubles psycho-sensoriels, et leur variabilité, l'abondance des interprétations, formant une série d'idées délirantes plus ou moins cohérentes, l'évolution irrégulière, entrecoupée d'accès d'excitation ou de dépression.

Chez des malades tels que ceux que nous avons envisagés l'hypothèse d'une démence précoce à prédominance hallucinatoire ne peut même être retenue.

Par contre, dans un cas comme l'observation II, on pourrait discuter le diagnostic de délire de persécution alcoolique. Mais, ainsi que l'a écrit Régis, « les persécutés alcooliques sont beaucoup plus persécutés en réalité qu'alcooliques » et chez eux « la psychose (délirante) évolue pour son propre compte ». Or, chez ce malade, qui était au début un alcoolique invétéré, même pendant toute la période d'intoxication de six années, les idées délirantes n'ont fait aucun progrès, la psychose n'a pas évolué. Consécutivement à la cessation des habitudes toxiques, les troubles psycho-sensoriels et délirants ne se sont pas modifiés, ou de manière insensible; seule la réaction affective ainsi que nous l'avons vu, a disparu.

Enfin, les circonstances d'apparition, dans les deux cas, peuvent faire penser à une forme particulière de reliquat d'une phase onirique. Notons pourtant que dans les cas en vue, après une phase d'onirisme, si elle a existé, nous ne retrouvons plus qu'une séquelle délirante extrêmement restreinte, figée en quelque sorte, par opposition avec des troubles psycho-sensoriels en pleine activité. C'est néanmoins dans ce sens que de Clérambault avait envisagé le cas présenté par Crinon, en émettant l'hypothèse d'une séquelle hallucinatoire pure chez un alcoolique. Encore que ce diagnostic étiologique paraisse séduisant, il semble que dans l'observation II la réaction intellectuelle et affective soit bien restreinte chez le malade, alors que l'on connaît la tendance des alcooliques à l'irritabilité et aux idées de persécution ou de jalousie.

Il n'en reste pas moins que cette étiologie peut être considérée comme vraisemblable pour des cas de cet ordre, à défaut de tout autre cause reconnue.

Il est de règle classique que les troubles psycho-sensoriels ont un pronostic d'autant moins grave que les

troubles délirants connexes sont moins actifs. C'est ce qu'exprimait déjà Brierre de Boismont en écrivant : « Le pronostic des hallucinations compatibles avec la raison n'offre aucune gravité ». Sans être aussi affirmatif, nous pouvons envisager que les cas dont nous avons rapporté les observations ont un avenir plutôt favorable. En effet, il fut possible d'y constater la régression de l'ébauche délirante.

De même, par analogie avec les faits d'hallucinoïse publiés, nous pensons que l'évolution n'a aucune tendance à se faire vers l'aggravation des symptômes ni surtout vers la démence. Retenons néanmoins, en vertu du même raisonnement, la possibilité d'un début particulièrement lent et prolongé de délire systématisé chronique. Cette terminaison peut être à redouter si l'on se rappelle les deux observations présentées par Dupré et Collin d'une part, par Boudon et Pierre Kahn de l'autre, puisque pendant plusieurs mois ces malades parurent atteints simplement d'hallucinoïse.

Considérons cependant que, même sans constitution d'un délire organisé, un malade observé par Séglas présentait des accès de colère sous l'influence de ses seules hallucinations auditives et qu'un autre, pour les faire cesser, sans chercher pour cela à en interpréter l'origine, avait néanmoins porté plainte « contre inconnu ». De même le second malade dont nous avons rapporté l'observation avait fait trois plaintes au commissaire et envisagé une tentative de suicide. La possibilité de réactions anti-sociales doit donc porter à considérer, dans certains cas, ces malades comme aliénés, et peut déterminer leur placement. Ce sont du reste là des cas d'espèce, puisque aussi bien, surtout en l'absence d'éthylisme, ces réactions paraissent plutôt exceptionnelles. Il est possible en outre que pour ces malades, partiellement

conscients de la nature pathologique de leurs hallucinations, il s'en trouve qui réclament spontanément l'internement comme le premier malade de Ségela, qui, séjournant depuis douze ans à Bicêtre, préférerait y rester parce que personne ne faisait attention à ses réactions coléreuses vis-à-vis des hallucinations « tandis qu'au dehors, cela lui attirait toutes sortes de désagréments et de mésaventures ».

En résumé, nous croyons possible d'isoler des cas où les hallucinations auditives, malgré leur fixité, leur caractère désagréable, leur durée, s'accompagnent d'un délire minimum simple essai d'explication logique sans extension interprétative, et tendant plutôt vers la régression de manière à se rapprocher finalement de l'état d'hallucination consciente. Chez de tels malades les explications proposées par l'intéressé lui-même en fonction de son degré de culture, du milieu où il a évolué et en l'absence de toute tendance paranoïaque, nous paraissent avoir à peu près la même valeur que les essais d'explications pathogéniques si souvent invoqués à l'occasion de troubles subjectifs de l'audition en particulier, les unes n'étant pas beaucoup plus absurdes ou délirantes que les autres.

CONCLUSIONS

I. Des hallucinations auditives verbales peuvent persister d'une manière durable avec une conscience partielle de leur nature pathologique.

II. Elles peuvent s'accompagner d'un minimum de tentatives d'interprétation et constituer ainsi un délire restreint sans tendances à l'extension ni à la systématisation.

III. Ce syndrome, qui paraît lié à l'absence des caractères de la constitution paranoïaque pourrait être rapproché par son origine de certains troubles psychopathiques post oniriques.

IV. Les cas de cet ordre, dont le pronostic semble plutôt favorable, paraissent du point de vue nosographique, intermédiaires au délire des persécutions d'origine hallucinatoire et à l'hallucinoïse, tout en se rapprochant davantage de celle-ci.

BIBLIOGRAPHIE

- Alajouanine et Codet** (Bulletin de la Société Clinique de Médecine Mentale, mai 1921). — Deux cas d'hallucination auditive avec délire minime non extensif.
- Baillarger**. Les Hallucinations.
- Boudon et Pierre Kahn**. (Société de Psychiâtrie, novembre 1911). Psychose hallucinatoire chronique à début d'hallucinoïse.
- Brierre de Boismont**. Des Hallucinations.
- Buvat**. (Société de Psychiâtrie, juin 1911). Un cas d'hallucinoïse chronique.
- Chaslin**. Sémiologie et Clinique Mentales.
- Cotard (L.)**. (Annales Médico-Psychologiques 1909, première partie). Deux cas de psychose hallucinatoire.
- Crinon**. (Société Clinique de Médecine Mentale, avril 1909). Un cas de psychose hallucinatoire.
- Dide et Gassiot**. (Société de Psychiâtrie, novembre 1910). La psychose hallucinatoire chronique.
- Dupré**. Revue Polyclinique des psychoses hallucinatoires chroniques. (Encéphale 1907).
- Dupré et Collin**. (Société de Psychiâtrie, juin 1911). Psychose hallucinatoire à début purement sensoriel.
- Dupré et Gelma**. (Société de Psychiâtrie, février 1911). Hallucinoïse Chronique.

Farnarier. La Psychose hallucinatoire aiguë. Th. Paris 1897.

Régis. Précis de Psychiâtrie.

Seglas. Leçons Cliniques.

Seglas. Sémiologie des Affections Mentales. (Un Traité de Gilbert Ballet.)

Seglas. Les Troubles du Langage chez les Aliénés.

Seglas. Hallucinations Psychiques et Pseudo-hallucinations verbales. (Journal de Psychologie, juillet 1914).

Tarrius. Contribution à l'étude du diagnostic des hallucinations. Th. Paris 1919.

